

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С УЧЕТОМ ТИПА ИХ ЛИЧНОСТИ И ПРОЯВЛЕНИЙ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

ШУСТОВ Д.И., НОВИКОВ С.А., ШУСТОВ А.Д.

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме.

В статье приводятся результаты клинического исследования, проведенного на 190 мужчинах в возрасте от 21 до 64-х лет (средний возраст $37 \pm 9,4$). Обнаружены корреляции между алкогольной зависимостью, аутоагрессией и особенностями личности пациента. Выявлена корреляционная связь между эмоционально-неустойчивым типом личности и суицидальной аутоагрессией; диссоциальным типом личности и аутоагрессией в виде антисоциального, а также рискованного поведения; нарциссическим типом личности и аутоагрессией в профессиональных отношениях; параноидным типом личности и аутоагрессией в семейных отношениях. Обоснована необходимость включения в психотерапевтическое лечение алкогольной зависимости методик, направленных на дезактуализацию патологического влечения к алкоголю, коррекцию аутоагрессивных поведенческих паттернов, а также проведения работы, адресованной к личности больного. Продемонстрировано, что наилучшие результаты терапии с использованием предлагаемого подхода были достигнуты у больных с тревожным (избегающим), ананкастным, шизоидным и истерическим типом личности, у них более чем в 60% случаев возобновление злоупотребления алкоголем наблюдалось в течение 2-го года от начала лечения, а у 25% из них была достигнута ремиссия более 2-х лет. Показано, что наибольшие сложности наблюдаются во время психотерапевтической работы с пациентами, имеющими черты эмоционально-неустойчивого, диссоциального, нарциссического и параноидного типов личности, что связано с трудностями в формировании психотерапевтического альянса между пациентом и врачом. В статье приведены терапевтические рекомендации по проведению психотерапии алкогольной зависимости с учетом типа личности пациента и проявлений аутоагрессивного поведения. Анализируются результаты предлагаемого авторами психотерапевтического подхода.

Ключевые слова: психотерапия, алкогольная зависимость, личность, аутоагрессивное поведение.

Abstract.

The article presents the findings of a clinical trial conducted on 190 male adults aged from 21 to 64 years (the mean age made up $37 \pm 9,4$). The correlations between the patient's alcohol dependence, self-destructive behaviour and personality traits have been found. Correlations between the emotionally unstable personality type and suicidal autoaggression, the dissocial personality type and autoaggression in the form of antisocial as well as risky behaviours; the narcissistic personality type and autoaggression in professional relationships; paranoid personality type and autoaggression in family relations have been identified. The rationale for the use of methods to neutralize the craving for alcohol, to change autoaggressive behaviour patterns and to address patient's personality type in the psychotherapeutic treatment of alcohol dependence has been substantiated. The authors show that the best therapeutic outcomes with the use of the approach proposed have been achieved in patients with anxious (avoiding), anankastic, schizoid and histrionic personality types. More than 60% of these patients resumed alcohol abuse within the second year of treatment, 25% of them achieved a remission for more than 2 years. It has been demonstrated that most challenges occurred in psychotherapy with patients of the emotionally unstable, dissocial, narcissistic and paranoid personality types due to the difficulties related to a therapeutic alliance establishment between a patient and a therapist. The article provides recommendations concerning the psychotherapeutic treatment of alcohol dependence with a patient's personality type and his/her autoaggression taken into account. The outcomes of the psychotherapeutic approach proposed by the authors have been analyzed.

Key words: psychotherapy, alcohol dependence, personality, autoaggressive behaviour.

Распространенность алкогольной зависимости (АЗ) в Российской Федерации из года в год продолжает оставаться на стабильно высоком уровне. Так, в 2012 году только на официальном учете состояло более 2,5 млн. человек, численность неучтенных больных превышает указанные цифры в разы. Стабильно высокими остаются и показатели смертности от причин, прямо или косвенно связанных со злоупотреблением алкоголем. Так, по данным официальной статистики, около 12% всех смертей в нашей стране связано с употреблением алкоголя [1]. В то же время результаты профилактической и лечебной работы с пациентами, страдающими АЗ, не всегда являются удовлетворительными. В связи с этим проведение научных исследований, направленных на изучение особенностей этиологии и патогенеза АЗ у разных категорий пациентов, а также на разработку терапевтических подходов к данной нозологической единице, продолжает оставаться актуальным.

Злоупотребление алкоголем вообще может рассматриваться как одно из проявлений несуицидального аутоагрессивного поведения [2]. В свою очередь аутоагрессия у пациентов, страдающих АЗ, встречается чаще, чем у людей, не имеющих зависимости [3]. У зависимых от алкоголя лиц саморазрушение принимает как классические суицидальные (суициды, парасуициды, самоповреждения, суицидальные мысли и тенденции), так и несуицидальные формы (саморазрушение в семейных отношениях, профессиональной сфере, соматическая аутоагрессия, рискованное и антисоциальное поведение) [2]. Вместе с тем и АЗ, и аутоагрессия находятся в тесной взаимосвязи с особенностями личности пациентов. В результате обнаруживается цепочка, состоящая из АЗ, аутоагрессивного поведения и особенностей личности. При этом каждое из звеньев цепи оказывает влияние и обуславливает особенности 2-х других. В связи с вышеотмеченным, нами было проведено клинко-инструментальное исследование личностной патологии и особенностей аутоагрессивного поведения у зависимых от алкоголя лиц с целью усовершенствования психотерапевтической помощи.

Методы

Для достижения поставленной цели в период 2009 - 2012 гг. было проведено клини-

ческое обследование 190 мужчин в возрасте от 21 до 64-х лет (средний возраст $37 \pm 9,4$). Критерием включения в исследование являлось обнаружение синдрома зависимости от алкоголя (F10.2). У 48 (25,3%), пациентов были выявлены признаки начальной (I) стадии алкогольной зависимости, у 142 (74,7%) - средней (II) стадии по классификации А.А. Портнова и И.Н.Пятницкой [4]. Для достижения однородности изучаемого материала женщины в исследование не включались в связи с тем, что у них риск аутоагрессивного поведения в 10 раз ниже, чем у мужчин [5]. Также в исследование не включались пациенты с III стадией алкогольной зависимости, органической патологией головного мозга, сопутствующими психическими расстройствами психотического регистра (шизофрения, биполярное аффективное расстройство и др.), хроническими соматическими заболеваниями в фазе обострения. Все пациенты самостоятельно обращались за амбулаторной анонимной наркологической помощью по поводу лечения от АЗ, то есть были достаточно мотивированы. Все пациенты подписали бланк информированного согласия на обследование.

Для диагностики АЗ мы использовали критерии МКБ-X. Аутоагрессивные проявления исследовались с использованием опросника, разработанного Д.И.Шустовым, где аутоагрессивное поведение зависимых от алкоголя разделяется на две большие группы: классическое суицидальное и несуицидальное [2]. Для изучения особенностей личности использовался клинко-диагностический опросник PDQ-IV (Personality Diagnostic Questionnaire for DSM-IV) в модификации В.П.Дворщенко [6], позволяющий выявлять ведущий личностный радикал, а также степень выраженности особенностей личности, которая может колебаться от скрытой акцентуации характера [7] до личностного расстройства. Также для диагностики расстройств личности использовались критерии МКБ-X, а так как в данной классификации отсутствуют диагностические критерии нарциссического личностного расстройства, то для его диагностики мы пользовались критериями DSM-IV.

Психотерапевтическая помощь осуществлялась в несколько этапов:

1. Психотерапевтическое интервью. На данном этапе осуществлялся сбор анамнеза

с использованием опросников в технике полуструктурированного интервью. Одной из целей первого этапа являлось формирование доверительных отношений между врачом и пациентом, а также подведение пациента к осознанию антивitalности его поведения.

2. Заключение терапевтических контрактов. На этом этапе заключались разнообразные терапевтические контракты, содержание которых определялось диагностическими находками предыдущего этапа. Терапевтические контракты заключались на бумаге в 2-х экземплярах (один оставался у пациента, другой у врача).

3. Этап предметно-опосредованного эмоционально-стрессового воздействия проводился по стандартной схеме и не различался у пациентов с разными типами личностной патологии.

4. Этап поддерживающей психотерапии осуществлялся в течение длительного времени с периодичностью от 3-х до 12-ти индивидуальных поддерживающих терапевтических сессий в год. Содержание и процесс психотерапии определялись особенностями личности пациента и особенностями его аутоагрессивного поведения.

Результаты психотерапии АЗ оценивались, исходя из катamnестических сведений о длительности терапевтической ремиссии.

Для статистической обработки материала использовались количественные и качественные показатели, рассчитывалась достоверность результатов исследования по методу Стьюдента. Достоверным считалось достижение уровня значимости $p < 0,05$. Проводился факторный, а также корреляционный анализ с использованием метода четырехпольных таблиц. Статистический анализ данных осуществлялся с применением программы Microsoft Excel 2010 и статистического пакета SPSS 17.0.

Результаты и обсуждение

По результатам диагностики степени выраженности личностных особенностей все пациенты были разделены на три группы. В первую группу (1 гр) вошли 63 пациента (33,1%) с признаками личностных расстройств, во вторую (2 гр) - 94 пациента (49,5%) с признаками характерными для акцентуаций характера, в третью (3 гр) – 33 человека (17,4%), у которых

не было выявлено признаков патологии личности и акцентуаций характера, то есть они имели признаки скрытых акцентуаций характера (СAX) [7]. Говоря о типологии личности без учета степени выраженности особенностей личности, необходимо заметить, что наиболее часто у пациентов в исследуемой нами выборке выявлялись признаки эмоционально-неустойчивого (22,1%), диссоциального (16,8%) и параноидного (10,6%) типов личности, несколько реже – нарциссического (7,9%), избегающего (7,3%), обсессивно-компульсивного (6,3%), шизоидного (5,8%) и истерического (4,5%) типов. В связи с тем, что мы проводили диагностическую работу только с пациентами, получавшими помощь в амбулаторных условиях негосударственного лечебно-профилактического учреждения, полученные нами результаты, по-видимому, нельзя экстраполировать на всю популяцию пациентов с АЗ. Существуют сведения, что у стационарных больных уровень коморбидности с расстройствами личности выше и может достигать 60% [8].

В таблице 1 приведены данные корреляционного анализа между типами личности и разновидностями аутоагрессивного поведения. Так как минимально достаточное количество наблюдений, необходимых для проведения достоверного корреляционного анализа равно 10, а в нашей выборке их оказалось меньше, то пациенты с истерическим, зависимым и пассивно-агрессивным типами личности не анализировались.

Как видно из таблицы 1, для пациентов с эмоционально-неустойчивым типом личности наиболее характерна классическая суицидальная аутоагрессия. Для диссоциальных пациентов выявлена положительная корреляционная связь с аутоагрессией в виде антисоциального поведения и приближающаяся к статистически значимой корреляция с аутоагрессией в виде рискованного поведения. Нарциссический тип личности положительно коррелировал с аутоагрессией в профессиональной сфере, а параноидный – с аутоагрессией в семейной жизни.

Эти данные использовались нами для построения алгоритмов психотерапевтической работы с пациентами отмеченных групп на этапе заключения контрактов и поддерживающего лечения.

Так, пациенты с эмоционально-неустойчивым типом личности достаточно часто

Таблица 1 – Результаты корреляционного анализа взаимосвязей между типами личности и разновидностями аутоагрессивного поведения

		СAX, n=33	Эмоцио- нально- неустой- чивый тип, n=42	Диссоци- альный тип, n=32	Нарцис- сичес- кий тип, n=15	Шизо- идный тип, n=11	Парано- идный тип, n=20	Тревож- ный (избегаю- щий) тип, n=14	Анан- кастный тип, n=12
Тип аутоагрессивного поведения	Класси- ческая ауто- агрессия	-0,205	0,223*	0,044	-0,103	0,038	-0,051	-0,146*	-0,028
	Семейная ауто- агрессия	-0,139	0,079	0,016	-0,015	-0,044	0,102*	0,126	-0,104
	Сомати- ческая ауто- агрессия	0,104	-0,057	-0,06	-0,103	0,073	0,075	0,101	0,025
	Ауто- агрессия в виде риско- ванного по- ведения	0,007	0,089	0,107	0,004	-0,173*	-0,019	-0,11	0,142
	Ауто- агрессия в виде антисоци- ального по- ведения	-0,161*	0,008	0,347*	-0,052	-0,054	-0,06	-0,041	-0,017
	Ауто- агрессия в профес- сиональной сфере	0,018	-0,137	-0,109	0,215*	0,027	0,019	0,04	0,015

Примечание: * – помечены статистически значимые корреляции.

демонстрируют классическое суицидальное поведение. В связи с высокой частотой суицидальных мыслей и попыток, как можно более раннее заключение антисуицидального контракта является необходимым условием для продолжения эффективной психотерапии. В качестве метода, проявляющего антивитальную направленность поведения, а соответственно и повышающего мотивацию, использовалось психотерапевтическое интервью, проводимое в эмпатической, протективной манере. Подчеркивались границы ответственности пациентов: заключались контракты на точное соблюдение времени встреч, оговаривалась конфиденциальная информация, которую врач не мог бы сообщить созависимым родственникам ни при каких условиях, создавалось, тем самым, исключительное психоте-

рапевтическое пространство, принадлежащее только врачу и пациенту. В ходе поддерживающих сеансов прорабатывалась личностная травматическая проблематика, лежащая в основе совершения аутоагрессивных актов. Эмоционально-неустойчивые пациенты продемонстрировали хороший ответ на предметно-опосредованную эмоционально-стрессовую психотерапию, у 52,6% из них была достигнута стойкая ремиссия (12-24 месяцев) АЗ, а у 31,6% - ремиссия составила более 2-х лет.

С диссоциальными личностными чертами достоверно коррелировала аутоагрессия в виде антисоциального и рискованного поведения. На всех этапах лечения приветствовалось заключение контрактов, ограничивающих антисоциальную деятельность (на-

пример, контракт на запрет физического насилия или криминальных действий) и риск (например, договор на соблюдение предписываемой правилами скорости вождения автомобиля и др.). При этом необходимо поощрять пациента обдумывать свои поступки, искать не-рискованные и не-антисоциальные решения. Для диссоциальных пациентов весьма характерно манипулирование окружающими. Оказываясь в наркологическом кабинете, они продолжают манипулировать и обманывать врача, выискивая собственную выгоду в психотерапевтических отношениях. Поэтому несомненную пользу приносит уверенная, но уважительная конфронтация («железная рука в бархатной перчатке») манипулятивных стратегий, когда пациент понимает, что его манипуляции «рассекречены», а терапевт «знает», как дальше поведет себя пациент. В процессе психотерапии необходимо развитие доверительных отношений с принятием пациента таким, какой он есть, несмотря на манипуляции и ложь. В связи с тем, что диссоциальная личность часто формируется у пациентов, воспитывавшихся в неполных семьях или совсем в отсутствие родителей (условия заброшенности), такие пациенты испытывают трудности как в выражении своих чувств, так и в понимании чувств других людей. Поэтому в ходе поддерживающей терапии, параллельно с проверкой ранее заключенных контрактов, необходимо обращаться к «похороненным» травматическим событиям детства, стимулируя в работе траура оплакивание и принятие несправедливых потерь.

Аутоагрессия пациентов с нарциссическим типом личности проявляется в профессиональной сфере. Например, отсутствие работы они объясняют тем, что не могут найти «достойного» их личности варианта. Поэтому с нарциссическими пациентами заключаются контракты, поощряющие их устройство на работу и продолжение деятельности, даже если пациент чувствует свою недооцененность. Подчеркивая значимость и уникальность нарциссических пациентов, возможно формирование хорошего терапевтического альянса с последующим приглашением к длительной, ориентированной на личностные изменения, психотерапевтической работе.

Отсутствие доверия, подозрительность и патологическая ревность способствуют де-

струкции семейных отношений у параноидных личностей. Во время работы с такими больными, специалист призван обеспечивать атмосферу принятия и безопасности, а также предоставлять пациенту достаточно времени для формирования доверия. Врачу стоит избегать фраз, содержащих критику, а также предложений с возможным двойным толкованием. Необходимо убеждать пациента перепроверять свои предположения, например, подвергать сомнению факт измен мужа/жены. Также, поощряя параноидных к выражению чувств, приглашая их к долговременной терапии с акцентом на семейной проблематике, возможно добиться изменения их поведения в семье.

О результатах психотерапевтической работы, которая проводилась с использованием вышеописанного подхода, мы могли судить по имеющимся катамнестическим сведениям о 106 больных (84 пациента отказались от терапии после прохождения одного из её этапов – их катамнез неизвестен). Средняя длительность терапевтической ремиссии алкогольной зависимости в изучаемой выборке составила $13,88 \pm 6,94$ мес. При этом длительность ремиссии у пациентов с расстройствами личности (1 гр) была статистически значимо ($p < 0,05$) ниже ($11,78 \pm 6,29$ мес.), чем у пациентов из двух других групп (2 и 3 гр), что подтверждает данные полученные ранее [9]. Во всех трёх группах наибольшее количество срывов терапевтической ремиссии приходилось на срок 12-24 месяцев после начала терапии. В то же время, у пациентов с личностной патологией срыв ремиссии АЗ статистически достоверно ($p < 0,05$) чаще происходил в течение первых 6-ти месяцев терапии.

Наилучшие результаты терапии были достигнуты у больных с тревожным (избегающим), ананкастным, шизоидным и истерическим типом личности, у них более чем в 60% случаев возобновление злоупотребления алкоголем наблюдалось в течение 2-го года от начала лечения, а у 25% из них была достигнута ремиссия более 2-х лет. При работе с диссоциальными и нарциссическими пациентами получалось достичь значительно менее длительных ремиссий – у 62,5% возобновление алкоголизации происходило в течение первого года терапии, причем у нарциссических пациентов чаще в течение первого полугодия лечения, а у диссоциальных – второго.

Среди пациентов, отказавшихся от психотерапевтической помощи на одном из его этапов, наиболее часто оказывались больные с эмоционально-неустойчивым, диссоциальным, нарциссическим и параноидным типами личности, особенно при функционировании личности на уровне расстройства. Нам представляется, что наибольшая сложность при работе с такими пациентами связана с трудностями в формировании психотерапевтического альянса между пациентом и врачом.

Заключение

В настоящем исследовании обнаружена тесная взаимосвязь между алкогольной зависимостью, аутоагрессивным поведением и особенностями личности пациента. Наличие такого рода взаимосвязи обуславливает необходимость включения в психотерапевтическое лечение алкогольной зависимости методик, направленных на дезактуализацию патологического влечения к алкоголю, коррекцию аутоагрессивных поведенческих паттернов, а также проведения работы, адресованной к личности больного. При этом наибольшие сложности наблюдаются во время психотерапевтической работы с пациентами, имеющими черты эмоционально-неустойчивого, диссоциального, нарциссического и параноидного типов личности, особенно при её функционировании на уровне личностного расстройства. Основные усилия во время психотерапии таких пациентов необходимо направлять на

становление терапевтического альянса с формированием длительных доверительных отношений между врачом и пациентом.

Литература

1. Кошкина, Е. А. Анализ алкогольной политики в странах Партнерства «Северное Измерение» и рекомендации по повышению ее эффективности / Е. А. Кошкина, Н. И. Павловская // Вопросы наркологии. – 2012. – № 5. – С. 62-77.
2. Шустов, Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д. И. Шустов. – М. : Когито-Центр, 2005. – 214 с.
3. Suicidal Behavior and Alcohol Abuse / M. Pompili [et al.] // Int. J. Environ. Res. Public Health. – 2010 Apr. – Vol. 7, N 4. – P. 1392-1431.
4. Портнов, А. А. Клиника алкоголизма / А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая. – Л. : Медицина, 1971. – 367 с.
5. Sex as suicidal risk factor / S. Kocić [et al.] // Med. Pregl. – 2012 Sep-Oct. – Vol. 65, N 9/10. – P. 415-420.
6. Дворщенко, В. П. Диагностический тест личностных расстройств / В. П. Дворщенко. – М. : Речь, 2008. – 112 с.
7. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – Л. : Медицина, 1983. – 208 с.
8. Personality disorders in alcohol-dependent individuals: relationship with alcohol dependence severity / U. W. Preuss [et al.] // Eur. Addict. Res. – 2009. – Vol. 15, N 4. – P. 188-195.
9. Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients / J. Cacciola [et al.] // J. Nerv. Ment. Dis. – 1996 Apr. – Vol. 184, N 4. – P. 234-239.

Поступила 06.10.2014 г.

Принята в печать 05.12.2014 г.

Сведения об авторах:

Шустов Д.И. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», Российская Федерация;

Новиков С.А. – очный аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», Российская Федерация;

Шустов А.Д. – студент 6 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», Российская Федерация.

Адрес для корреспонденции: Российская Федерация, 390028, г.Рязань, ул. Сельских строителей, д. 4«Г», кв. 261. Тел.раб.: (4912) 99-72-94, e-mail: novikovsa@inbox.ru – Новиков Сергей Андреевич.